N° 66

ÉTUDE

SUR

LA TUBERCULOSE

DES ORGANES URINAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 12 AOUT 1884

PAR

CELESTIN REY

Né à Cesseras (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

HAMELIN FRÈRES

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✲ ✲..... DOYEN
COMBAL ✲..... } ASSESSEURS
GRASSET..... .....}

PROFESSEURS :

Pathologie externe.....	MM. BOYER ✲.
Accouchements.....	DUMAS ✲.
Clinique médicale.....	DUPRE ✲ C. ✲.
Anatomie.....	BENOIT ✲ ✲.
Clinique médicale.....	COMBAL ✲ ✲.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	CAVALIER ✲.
Physique médicale.....	MOITESSIER ✲.
Anatomie pathologique et histologie....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ✲.
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale.	PLANCHON ✲✲.
Physiologie (chargé du cours).....	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.....	N.
Opérations et appareils.....	N.

MARTINS (O.✲), FONSSAGRIVES (O.✲), COURTY (✲), Professeurs honor.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET	MM. CHALOT	MM. DUMAS fils
DE GIRARD	BIMAR	BLAISE
SERRE	LANNEGRACE	BAUMEL
ROUSTAN	MOSSÉ	VILLE
CARRIEU	REGIMBEAU ✲	GRANEL
MAIRET	TEDENAT	

M. F.-J. BLAISE, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. JAUMES, *président ;*
DUMAS, professeur ;
CARRIEU, agrégé ;
BLAISE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

REY

A MES PARENTS

REY

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JAUMES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TÉDENAT

REY

A MES AMIS

REY

INTRODUCTION

Comme l'indique le titre de notre travail, cette étude portera sur les tubercules des organes urinaires.

Sous la dénomination générale d'organes urinaires, nous comprenons le rein, l'uretère et la vessie. Les lésions tuberculeuses de l'urèthre étant le plus souvent liées aux lésions de la prostate et des organes génitaux seront pour ce motif laissées de côté.

Nous aurons donc à étudier trois organes; l'uretère sera sacrifié aux deux autres, comme ayant une importance beaucoup moins grande. La symptomatologie et le diagnostic seront l'objet d'un développement plus considérable. Nous verrons en effet, par l'exposition et la discussion des symptômes, que le diagnostic de ces lésions, réputé impossible par un grand nombre d'auteurs, peut dans beaucoup de cas reposer sur de nombreuses probabilités et aboutir à la certitude.

Voici l'ordre que nous avons adopté dans notre étude :

Historique.
Étiologie et Fréquence.
Anatomie pathologique.
Symptomatologie.
Diagnostic.
Marche et terminaison.
Traitement.
Observations.
Conclusions.

Notre tâche était difficile; nous avons la conscience d'avoir fait tout

ce qui dépendait de nous pour réussir, et à ce titre nous nous recommandons à la bienveillance de nos juges.

Que M. le professeur agrégé Tédenat reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

ÉTUDE

SUR

LA TUBERCULOSE

DES ORGANES URINAIRES

HISTORIQUE

L'histoire du tubercule commence avec ce siècle. Avant, on n'en possède pas la moindre notion, et, sous le nom général de sarcocèle, on comprend des tumeurs tout à fait différentes quant à leur nature, telles que kystes, hématocèles, hydrocèles, gommes, enchondromes et tubercules.

Laënnec découvre et caractérise parfaitement le tubercule du poumon, mais ses recherches ne vont pas plus loin.

Bayle est le premier qui ait attiré l'attention sur la tuberculose des organes génito-urinaires, et il en donne la description dans un mémoire publié en 1803. En même temps que lui, Math. Baillie et James Wilson notent l'altération tuberculeuse des reins et des uretères, et les désignent sous le nom d'abcès scrofuleux. D'après Rayer, ces deux auteurs ont souvent confondu des pyélites (simples ou avec fausses membranes) avec des abcès scrofuleux du rein.

En 1823, John Howship, à Londres, désigne l'altération tuberculeuse des reins sous le nom d'abcès scrofuleux. Cet auteur prétend même diagnostiquer l'inflammation scrofuleuse du rein de l'inflammation simple, en se basant sur la présence de l'irritation sympathique du col de la vessie.

En 1825, paraissent les *Recherches sur la phthisie*, de Louis. Dans cet ouvrage, sont relatés différents cas de tubercules des reins et des uretères coïncidant avec des tubercules pulmonaires, ce qui fait poser à l'auteur cette loi générale : « Après quinze ans, il n'y a pas de tubercules dans un organe, s'il n'y en a pas dans le poumon. »

Nous ne citerons que pour mémoire les observations intéressantes de malades atteints de tubercules des reins, des uretères et de la vessie, présentées à la Société anatomique par M. Duchapt, en 1831, et M. Pasquet, en 1838.

En 1834, paraît un mémoire du professeur Ammon (de Dresde), qui contient quatre cas de tuberculisation génito-urinaire.

En 1841, Rayer publie une histoire détaillée des tubercules, des reins, des uretères, de la vessie, avec leur extension à la prostate, à l'urèthre, aux vésicules séminales, aux testicules.

Lisfranc (1843) décrit le premier, dans sa *Clinique chirurgicale*, les ulcérations tuberculeuses du col de l'utérus.

En 1845, Rilliet et Barthez font paraître leur *Traité des maladies des enfants*. Ils rapportent de nombreux cas de tuberculisation des voies génito-urinaires se rapportant à des enfants.

Vidal (de Cassis), en 1846, donne de longs détails sur les tubercules des reins et des testicules, mais parle peu de l'extension de la maladie aux vésicules séminales et à la prostate.

En 1849, Lebert, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, déclare n'avoir que peu de chose à dire sur la tuberculisation des organes génito-urinaires, parce qu'elle n'est ni commune, ni d'une bien grande importance pathologique.

En 1850, paraît le *Traité des maladies des organes génito-urinaires* de Civiale, dans lequel il n'est pas question de maladie tuberculeuse.

L'auteur cependant, à propos des abcès de la prostate, constate que ces abcès se produisent la plupart du temps sur des sujets jeunes, d'une constitution détériorée, et quelquefois même possédant une diathèse tuberculeuse manifeste.

M. Dufour, dans sa thèse inaugurale parue en 1854, expose d'une façon claire et précise ses opinions sur la tuberculisation des organes génito-urinaires. Pour lui, le tubercule de ces organes est une des nombreuses manifestations de la tuberculose; il est sous la dépendance de la diathèse tuberculeuse et apparaît ici comme il pourrait le faire dans le poumon, les méninges. Il ne constitue donc pas une affection locale, et, s'il débute par les organes génitaux, ce n'est pas pour s'y cantonner : tôt ou tard les autres organes seront envahis. Comme on le voit, c'est la première exposition claire de la nature du tubercule.

Il apparaît, soit sous la forme de granulations, soit en masses énormes et souvent aussi en petits foyers caséeux. Quelques années plus tard, Cruveilhier se demande si ces masses caséeuses sont bien de nature tuberculeuse, ou si l'on ne doit pas croire plutôt à des reliquats inflammatoires, semblables à ceux dont certaines pneumonies encombrent le poumon. La question des unicistes et des dualistes est déjà soulevée. Nous sommes arrivés à l'époque où le tubercule est parfaitement connu quant à sa nature ; mais il reste un autre point à élucider, le plus important peut-être, car il est pratique : c'est le diagnostic.

En 1823, John Howship prétendait bien diagnostiquer l'inflammation scrofuleuse du rein de l'inflammation simple ; mais nous savons le peu d'importance qu'on doit attribuer à son symptôme : l'irritation sympathique du col de la vessie. Le ténesme vésical avait bien été cité par Ammon (de Dresde) et quelques autres observateurs. Mais les symptômes les plus importants, tels que l'hématurie, l'incontinence d'urine, etc., avaient passé inaperçus. Il faut en arriver aux travaux de MM. Tapret et Reclus pour voir bien exposer cette question importante. Nous ne dirons rien de ces travaux, — leur importance est trop connue, — et il nous suffira de faire remarquer qu'il n'a rien été

fait de nouveau après eux dans cette question, si ce n'est la découverte du bacille de la tuberculose. Dans le *Bulletin de la Société anatomique* de juin 1878, nous avons remarqué de très-intéressantes observations de MM. Mossé et Letulle.

Nous avons compulsé les ouvrages actuels de pathologie externe, les ouvrages traitant même spécialement les voies urinaires, tels que Guyon, Delfau, Thompson, et nous avons vu qu'il n'était accordé aux lésions tuberculeuses de l'appareil urinaire qu'une place tout à fait restreinte.

ÉTIOLOGIE. — FRÉQUENCE

La cause principale de la localisation de la tuberculose dans les organes urinaires est, sans contredit, la diathèse tuberculeuse. La propagation vraie, dans certains cas, ne peut être admise pour la tuberculose primitive.

Nous avons encore à citer, comme cause déterminante, les inflammations de voisinage. Dans certains cas, en effet, on a vu des inflammations, de peu d'importance quelquefois, causer dans un organe voisin l'éclosion de tubercules.

M. Verneuil, dans ces dernières années, a publié un travail très-remarquable sur les *Rapports du traumatisme avec la tuberculose.* Il conclut à l'influence manifeste du traumatisme sur le développement de la tuberculose.

Toutes ces causes ont une influence incontestable ; mais la principale, celle sans laquelle les autres ne peuvent rien et qui agit parfois toute seule, est la diathèse tuberculeuse.

Au sujet de la fréquence, nous allons d'abord citer deux faits admis par tous les auteurs, à savoir : que la tuberculose urinaire est plus fréquente chez l'homme que chez la femme; que les reins sont pris plus souvent que la vessie, et que le rein droit l'est moins souvent que le gauche.

Walleix, dans son *Guide du médecin praticien*, cite une statistique basée sur 1,317 cas. Sur ces 1,317 sujets tuberculeux, il fut constaté 74 fois des tubercules du rein, ce qui donnerait une moyenne d'une affection tuberculeuse des reins pour 17 ou 18 dans les autres organes.

Cette proportion serait plus forte chez les enfants. Rilliet et Barthez rapportent que, sur 312 enfants tuberculeux, 49 avaient des tubercules

rénaux, et au-dessous ils établissent un rapport de fréquence entre les lésions des deux reins et les variétés de ces lésions :

Tubercules nombreux	5	Rein droit seul	7
— assez nombreux . .	10	— gauche seul	5
— peu nombreux . . .	34	Les deux à la fois . . .	37
Granulations grises. Rein droit .	5	Rein gauche	5
— jaunes . —	5	—	5
Tubercules miliaires . —	38	—	37
Masses tuberculeuses. —	1	—	1
Cavernes ou kystes tuberculeux.	0	—	1

Ces mêmes auteurs donnent un autre tableau au sujet de la fréquence, de 1 à 15 ans :

1 à 2 ans et demi . . .	9 :	Garçons . .	6	Filles . .	3
3 à 5 ans et demi . . .	15 :	—	9	—	6
6 à 10 ans et demi . .	19 ;	—	12	—	7
11 à 15 ans	6 :	—	5	—	1

Ce tableau nous montre que la tuberculose rénale est plus fréqnente chez les garçons que chez les filles. Il fait voir aussi que les cas les plus nombreux se produisent depuis l'âge de trois ans jusqu'à l'âge de dix ans.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne croyons pas devoir discuter si le tubercule des reins est de même nature que celui des poumons. Le fait est suffisamment prouvé. Bayle déjà affirmait que les altérations scrofuleuses des organes urinaires étaient de même nature que celles des poumons. Depuis, les recherches histologiques ont démontré l'identité des deux produits. Des recherches plus récentes ont encore confirmé cette identité. Le bacille de la tuberculose, découvert en 1881 par Koch dans les tubercules pulmonaires, a aussi été trouvé en 1883 par Cornil et Ranvier, dans les tubercules urinaires.

Donc à ce sujet plus de doute. Nous allons maintenant étudier la forme que prend la tuberculisation dans les voies urinaires ; nous commencerons par le rein.

Rein. — Un rein tuberculeux est, en général, plus ou moins augmenté de volume ; rarement il devient plus petit. Cette augmentation de volume peut atteindre des dimensions considérables, surtout si le rein est converti en une vaste poche suppurante.

La surface de l'organe est le plus souvent inégale et bosselée par les granulations tuberculeuses. Dans les cas de granulations grises ou de tubercules disséminés, les reins ont conservé leur volume normal. La capsule, souvent épaissie, blanche, fibreuse, peut être intimement adhérente à la paroi abdominale postérieure, à la face concave du foie et au côlon ascendant et transverse.

D'une manière générale, lorsqu'un seul rein est malade, l'autre rein s'hypertrophie. C'est là un phénomène facile à comprendre, et qui se produit toutes les fois qu'un organe est obligé de suppléer à un autre.

Le tubercule se comporte ici comme partout ailleurs. On le trouve à l'état de granulation miliaire grise ou jaune; quelquefois le processus morbide s'arrête là, quelquefois aussi il continue sa marche. Surviennent alors les périodes de ramollissement et d'ulcération.

La granulation jaune est plus fréquente dans le rein que la granulation grise. Cela tiendrait à ce que, le tubercule se développant plus facilement ici que partout ailleurs, la granulation grise subirait très-rapidement sa transformation en granulation jaune.

Granulations. — Dans la substance corticale, la granulation tuberculeuse est souvent disposée en grains disséminés. En général, ces grains ne sont pas adhérents à la membrane fibreuse externe et ne font aucune saillie à la surface. Après l'ablation de la capsule rénale, on les voit proéminer comme de petites nodosités miliaires, plus ou moins confluentes ou isolées à la surface de la substance corticale. Ils sont assez durs et résistent aux tractions opérées avec des aiguilles.

La matière tuberculeuse peut se déposer dans les cônes de la substance médullaire en grains ou en masse ; mais elle s'y présente plus souvent que dans la substance corticale en grains très-rapprochés le uns des autres, disposés en stries et formant de petits chapelets. Le tubercule peut se présenter infiltré en traînées longitudinales dans la substance tubuleuse, dans le sens des tubes et des pyramides ; dans ces cas, la tuberculisation rénale est ordinairement peu étendue.

Telle est la disposition des granulations tuberculeuses. Elles son plus fréquentes dans le parenchyme rénal que dans la substance corticale. Le processus morbide peut s'arrêter là ; mais assez souvent la granulation jaune se ramollit et s'ulcère.

Ramollissement et ulcération. — Le processus ulcératif est le même dans les reins que dans les poumons. Très-souvent le ramollissement s'accompagne de suppuration périphérique par inflammation, et alors se produisent l'ulcération et les cavernes. Cette destruction de voisinage est accélérée, en outre, par le fait de l'ischémie inhérente à la tuber-

culose, qui place le tissu sous le coup d'une nécrose imminente. L'ulcération exerce une destruction bien plus grande sur les pyramides que sur la substance corticale, et cette dernière n'est détruite que secondairement, lorsque des ulcérations partant de la substance tubuleuse s'étendent de proche en proche du centre vers la circonférence. La caverne se constitue ainsi par destruction ulcéreuse du tissu rénal et par fonte tuberculeuse.

La lésion ulcérative débute le plus souvent par le bassinet et les calices, et de là monte dans l'épaisseur de l'organe, en détruisant des pyramides entières. Tout l'organe peut être transformé en une espèce de kyste volumineux et irrégulièrement cloisonné. C'est lorsque la maladie est très-avancée que le rein peut être converti en un véritable kyste ou en une série de kystes tuberculeux. Ces kystes sont tantôt remplis, les uns d'un liquide à odeur urineuse, les autres d'une matière blanchâtre, dans laquelle nagent des flocons blancs; d'autres contiennent de la matière tuberculeuse ramollie. En résumé, ces kystes ne sont autre chose que des cavités tuberculeuses, de véritables cavernes.

Le tissu du rein non envahi par la tuberculisation est normal et à peine congestionné dans le voisinage des granulations. Autour des ulcérations, il est injecté, gorgé de sang; dans certains cas, il présente des points purulents et peut être envahi par des néphrites parenchymateuses simples.

La tuberculisation des uretères débute par la muqueuse, qui est incrustée de matière tuberculeuse et finit par disparaître. Cette incrustation a été comparée à une couche de plâtre gris et mou, à du favus et à des pustules varioliques. Le tissu cellulaire sous-muqueux est parfois infiltré de matière tuberculeuse, ou bien il est épaissi, induré. Les uretères, plus volumineux qu'à l'état sain, prennent l'apparence d'une tige solide, et leur calibre est plus ou moins rétréci. La lumière du canal peut même s'oblitérer; dans ce cas, il se fait dans le bassinet une accumulation considérable de pus et d'urine mélangés de matière tuberculeuse. La membrane fibreuse de l'uretère est généralement sclérosée, épaisse et présente une couleur jaunâtre.

Vessie. — Les tubercules l'envahissent tout entière ou se localisent au niveau du trigone; les débuts commencent presque toujours au niveau du trigone. Les lésions peuvent se présenter sous quatre aspects différents: granulations disséminées, ulcérations de la muqueuse, élevures pustuleuses, ulcérations profondes. La lésion la plus intéressante, et que l'on peut étudier avec le plus de soin, est l'ulcération. La grandeur de ces ulcérations est variable : tantôt elles sont petites, ovalaires; tantôt déprimées en coup d'ongle; tantôt on trouve de larges excoriations. Les dimensions des ulcérations sont indiquées en général par un léger liséré ; le fond est grisâtre, irrégulier, semé de quelques débris de matière tuberculeuse. Leurs bords sont élevés, dentelés, déchiquetés, à pic quelquefois ; tout autour, grande vascularisation. Lorsque les ulcérations sont plus prononcées, les muscles de la vessie sont souvent mis à nu et parfois altérés. On trouve dans certains cas la muqueuse vésicale recouverte par des masses épaisses, desséchées, grisâtres, caséeuses, qui, en certains endroits, pénètrent assez profondément la muqueuse ; elles sont dues à des amas de tubercules ramollis, n'ayant pas amené d'inflammation périphérique. Les parois vésicales peuvent même se perforer ou se gangrener.

Nous croyons intéressant de citer les recherches, au point de vue des bacilles, faites en 1883 par MM. Cornil et Babès.

Ces auteurs ont examiné quatre cas de tuberculose du rein. Dans l'un, le rein présentait de grandes masses caséeuses, des ulcérations de la muqueuse, des uretères, de la vessie et de l'urèthre.

Il y avait peu de bacilles dans les masses caséeuses, mais un assez grand nombre à leur périphérie, c'est-à-dire dans les granulations plus récentes qui siégeaient autour des *tubuli.* Il existait des bacilles dans les *tubuli* urinifères modifiés par cette inflammation tuberculeuse. Ces auteurs en trouvèrent même dans l'urine.

Le tubercule des organes urinaires, étant de même nature que le tubercule pulmonaire, pourra, sous l'influence de la diathèse, se cantonner dans le rein ou la vessie, ou se généraliser dans toute l'économie.

Nous ne croyons pas devoir insister davantage sur ce fait ; un grand nombre d'observations sont venues le prouver. Nous nous contenterons de le citer.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous allons étudier les symptômes qui peuvent se présenter du côté des reins, de la vessie et de l'urèthre.

Rein.— Si la tuberculisation rénale est primitive ; si rien du côté des poumons, de la vessie et des organes génitaux, ne vient annoncer un état diathèsique, le diagnostic est très-difficile, souvent même impossible à faire.

Nous citerons cependant quelques symptômes importants qui, s'ils ne peuvent pas aboutir à une certitude absolue, éveilleront du moins l'attention du praticien.

Ces symptômes sont : l'*hémorrhagie,* la *présence du pus dans l'urine,* la *polyurie,* la *douleur lombaire.*

L'hémorrhagie, qui, ici, est due aux mêmes causes que dans le poumon, serait un signe d'une grande importance, si toutes les fois on pouvait s'assurer qu'elle s'est produite dans le rein et non dans la vessie.

Cette hémorrhagie indiquerait le début de l'infiltration granuleuse ou la période préparatoire qui la précède.

Un symptôme qui permettrait autrement de localiser la lésion serait la présence du pus dans une urine décolorée et qui reste trouble après avoir déposé.

Mais ici encore il faudrait se demander si la lésion est bien due à la tuberculose, ou bien à une néphrite interstitielle, suppurative ou scléreuse. Le microscope, dans ce cas, pourra rendre quelques services; car il permettra de reconnaître, au milieu des globules rouges et blancs contenus dans le pus, quelques débris fibrillaires et des granulations spécifiques.

La polyurie n'a une certaine valeur que si elle accompagne les deux symptômes précédents ; seule, elle ne peut rien faire soupçonner.

Les caractères de l'urine pourront, dans ce cas, être d'un précieux secours.

Aussitôt après l'émission, elle est épaisse, blanchâtre, décolorée ; plus tard, elle laisse déposer une masse muco-purulente et même sanguinolente, sans pour cela redevenir limpide. Ces caractères sont tellement naturels et tellement constants, que Guyon a donné à cette urine le nom d'*urine rénale*.

L'exploration de la région lombaire peut faire constater une douleur parfois spontanée; mais ce symptôme, s'il est seul, ne peut avoir une bien grande importance.

Tels sont les symptômes que peut fournir un rein tuberculeux; réunis même, ils ne peuvent amener qu'à une probabilité assez vague, et, il faut bien le dire, causer dans certains cas des erreurs de diagnostic. Si cependant ces symptômes se produisaient chez un individu débilité ou amaigri depuis quelque temps, si cet individu avait une tuberculose pulmonaire, pour si peu avancée qu'elle fût, ils acquerraient alors une importance capitale et aboutiraient à une certitude presque absolue.

Vessie. — Ici les symptômes ont une signification autrement importante que dans la lésion rénale. La cystite tuberculeuse a, il est vrai, beaucoup de symptômes communs avec les cystites d'une nature différente ; mais elle en possède de particuliers à elle seule et qui lui donnent un cachet spécial. On y rencontre bien les envies d'uriner fréquentes et douloureuses, la contraction spasmodique du col, la rétention et l'incontinence d'urine, la présence du pus dans les urines ; mais tout cela ne fait qu'indiquer une phlegmasie chronique, mais ne préjuger en rien sa nature. Nous verrons cependant, en examinant ces symptômes, que certains d'entre eux pourront nous fournir de précieuses indications. Comme symptômes spéciaux à la tuberculose, nous avons l'hématurie, qui précède souvent tous les symptômes de cystite, et la polyurie.

Nous allons passer en revue ces différents symptômes, et nous verrons ainsi l'importance qu'on peut leur attribuer.

Les *envies d'uriner* sont fréquentes et douloureuses; elles se produisent plus souvent la nuit que le jour: les malades peuvent uriner jusqu'à cinquante fois par jour. Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur la production de ce phénomène; certains l'attribuent à une congestion prostatique. Le fait n'est pas vrai dans tous les cas, car il se produit chez les femmes aussi bien que chez les hommes.

La cause en est probablement due à l'irritation vésicale entretenue par les lésions tuberculeuses ou par la stagnation d'urines purulentes.

On a aussi parlé de la congestion produite par le décubitus dorsal et la chaleur du lit; il y a là plutôt une cause adjuvante qu'une cause déterminante.

Les envies fréquentes d'uriner se produisent, comme nous l'avons dit plus haut, dans toutes les cystites, de quelque nature qu'elles soient; mais dans la cystite tuberculeuse, elles ont ceci de particulier: une fois la lésion déclarée, elles ne présentent aucune intermittence et persistent jusqu'à la fin, tandis qu'elles présentent des intermittences très-marquées et peuvent même disparaître complétement dans les autres cas.

Toutes les fois qu'il y a un calcul dans la vessie, les malades sont en proie à des envies très-fréquentes d'uriner; mais ces envies ont ceci de particulier, qu'elles sont provoquées par une marche ou une fatigue quelconque, et qu'elles disparaissent par le repos, laissant, par conséquent, les malades parfaitement tranquilles la nuit.

La douleur éprouvée par les malades se manifeste à trois moments bien déterminés: avant la miction, au commencement et à la fin. La première est la plus douloureuse pour le malade. C'est elle qui lui annonce le besoin d'uriner, et ce besoin est tellement impérieux qu'il est absolument impossible d'y résister. Le premier jet d'urine, en passant sur les ulcérations, produit probablement la douleur du début, qui se transforme vite en un sentiment de chaleur et de cuisson pendant toute la durée de la miction.

A la fin, lorsque la vessie est obligée de se contracter pour expulser les dernières gouttes, le malade éprouve au niveau du col une vive douleur, qui s'irradie du côté du méat ou du rectum.

Cette douleur, on la rencontre dans toutes les cystites, et, pour établir un diagnostic, on se basera sur sa persistance et son intensité.

La douleur causée par un calcul se calme avec le repos ; dans certains cas, quand le calcul, après un séjour prolongé dans la vessie, aura provoqué une cystite, le diagnostic pourrait présenter des difficultés.

Comme conséquence de la douleur, on trouve la contracture de la vessie et de son col. Cette contracture est parfaitement évidente: quand on introduit une sonde dans la vessie, on constate, au niveau de son bas-fond, une sensation d'endolorissement et de dureté produite par l'épaississement de cette partie. La vessie ainsi contracturée se ratatine et s'abaisse considérablement derrière les pubis.

La contracture du col est très-douloureuse et s'oppose souvent d'une façon énergique au passage de la sonde.

La rétention et l'incontinence d'urine sont les deux phénomènes qui ont le moins d'importance, car ils ne se produisent pas souvent. On comprend parfaitement qu'une vessie contracturée par une inflammation intense ne laisse pas échapper l'urine, et c'est là le mécanisme le plus fréquent de la rétention.

Quelquefois aussi, à la suite d'une hémorrhagie, il se produit des caillots qui, s'engageant dans le col, l'oblitèrent complétement et empêchent la sortie de l'urine.

L'incontinence est bien plus rare et a beaucoup moins de valeur que la rétention. Elle peut se produire par regorgement ou par atonie musculaire. Très-peu d'auteurs l'ont observée.

Un symptôme plus important est l'hématurie. Bien souvent il sera difficile de savoir si le sang vient des reins, des uretères ou de la vessie ; mais l'attention sera toujours attirée de ce côté.

L'hématurie est facile à reconnaître, soit par la coloration qu'elle donne à l'urine, soit par les caillots qui se déposent au fond du vase,

et sur la nature desquels il est impossible de se tromper. Elle peut se produire, avant toute manifestation, chez des individus très-bien portants; elle est alors désignée sous le nom d'*hématurie précoce* ou *prémonitoire ;* elle ne se manifeste qu'à des intervalles assez éloignés.

Dans la période d'état, l'hématurie est à peu près constante.

Elle est peu abondante; le sang ne se mélange pas à l'urine et va se déposer en caillots au fond du vase, avec les détritus muco-purulents qui l'accompagnent.

L'hématurie peut se présenter dans un grand nombre de maladies, telles que le scorbut, le purpura, toujours facilement reconnaissables. Les varices du col de la vessie donnent quelquefois lieu à des hémorrhagies spontanées; l'âge fera éviter, dans ce cas, les erreurs de diagnostic. Le cancer de la vessie ne sera pas non plus une cause d'erreur; s'il y a incertitude, elle sera vite levée par les douleurs lancinantes, la couleur jaune paille et tout le cortége habituel de ses symptômes. L'hématurie des calculeux se présente aussi souvent que les envies d'uriner. Comme ces dernières, elle n'apparaît qu'à la suite d'une fatigue et disparaît par le repos.

La polyurie peut se produire ici comme dans la tuberculose rénale; le caractère des urines peut les différencier. Dans la tuberculose d'origine rénale, l'urine laisse déposer du pus, du sang, et reste malgré cela épaisse et blanchâtre. Dans la polyurie vésicale, au contraire, l'urine est claire, limpide, décolorée, et ne contient pas de matériaux de destruction.

Les lésions des uretères ne pourront être diagnostiquées pendant la vie. Le seul symptôme que l'on pourrait observer serait des coliques néphrétiques, et je ne le crois pas de nature à amener sur la voie d'un bon diagnostic.

MARCHE.— TERMINAISON

La tuberculose urinaire peut, au début, passer inaperçue. C'est seulement quand la lésion est un peu avancée que se révèlent les symptômes vraiment caractéristiques : le malade a de l'hématurie, de la polyurie, des douleurs lombaires et tous les symptômes de la cystite. Cet état peut durer très-longtemps sans causer un danger immédiat, mais il amène une profonde déchéance de l'organisme. Ici deux modes de terminaison peuvent se présenter : 1° la lésion reste localisée aux organes qu'elle a d'abord attaqués ; 2° la lésion se généralise et envahit tout l'organisme.

Le premier mode de terminaison est le plus commun. Du côté des reins, il se forme des foyers de néphrite spécifique qui amènent, par ulcération ou caséification, une prompte destruction du parenchyme. Les matières extractives de l'urine n'étant plus éliminées, le malade succombe à l'urémie.

Du côté de la vessie, la terminaison peut se faire attendre plus longtemps ; à la suite des ulcérations, il peut se former dans le voisinage de vastes abcès, des fistules qui suppurent toujours et ne guérissent jamais. Ce perpétuel état de suppuration amène à brève échéance une consomption qui fait des progrès tous les jours, et le malade succombe à la phthisie urinaire.

Le second mode de terminaison est aussi très-fréquent. Il peut se produire au début comme en pleine période d'état. La diathèse, au lieu de se cantonner, se généralise. Le poumon se met à faire de la granulation, et cela d'une façon rapide. En une semaine, la plupart du temps, il est complétement envahi. Nous avons vu que la destruction du rein amène l'urémie ; la destruction du poumon supprimant la fonction la plus importante, la mort arrive par asphyxie.

Dans les deux cas, la mort est précédée par cet état de consomption qu'on a nommé phthisie.

Nous avons donc la phthisie urinaire et la phthisie pulmonaire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose sera, dans beaucoup de cas, excessivement difficile; quelquefois, on ne pourra guère que la prévoir. Nous devons éliminer, au début, le cas où, la diathèse tuberculeuse se généralisant et étendant ses manifestations sur plusieurs appareils à la fois, notamment sur l'appareil pulmonaire, le doute ne sera plus possible.

Mais, quand les lésions urinaires seront primitives, quand rien ne viendra faire soupçonner l'existence d'une diathèse, la difficulté sera autrement grande. La difficulté variera aussi suivant les différentes périodes auxquelles se trouvera la maladie, et aussi suivant la réunion des symptômes.

A la période de début, nous nous trouvons en présence de trois symptômes: l'hématurie, les envies fréquentes, la contracture du col. L'hématurie seule ne servira même pas à faire découvrir dans quel organe elle s'est produite. Associée aux envies fréquentes d'uriner, à la douleur du col, elle pourra faire supposer, sinon affirmer, une infiltration granuleuse du col. L'association des deux autres symptômes sans hématurie ne sera au contraire d'aucune valeur et détournera même l'attention de ce côté. On le voit donc, à cette période, chaque symptôme pris séparément ne peut être d'aucun secours; associés entre eux, ils peuvent aboutir à la certitude.

A la seconde période, les mêmes phénomènes se présentent, mais avec des caractères plus tranchés. L'hématurie au début était intermittente; ici elle est plus fréquente; les envies d'uriner étaient passagères, comme la douleur du col, elles deviennent continues et plus intenses. A la première période, on pouvait se demander si l'on avait affaire à

une affection rénale. A la seconde période, l'affection est manifeste : la difficulté consiste à bien isoler la lésion tuberculeuse. Le diagnostic différentiel est donc à établir entre les néphrites et les cystites simples ou suppurées, les névralgies du col, l'hyperthrophie de la prostate et les calculs vésicaux.

La néphrite et la cystite simple surviennent ordinairement à la suite d'une cause dont on connaît parfaitement l'existence : inflammation du voisinage ou refroidissement. La néphrite ou la cystite tuberculeuse n'ont aucune cause appréciable. Un caractère d'une grande valeur est l'absence ou l'excessive rareté de l'hématurie et de la polyurie, dans les inflammations simples du sein et de la cystite. L'urine, si elle contenait des corpuscules tuberculeux, pourrait faire connaître la nature spécifique de l'affection. Le traitement lui-même, d'après son efficacité ou sa non-efficacité, apporterait une preuve de plus en faveur de l'inflammation simple ou de l'inflammation spécifique.

Les névralgies du col, outre qu'elles sont fugaces, ne se rencontrent guère avec des symptômes de cystite. L'hypertrophie de la prostate pourra être diagnostiquée, soit au moyen du cathétérisme, soit encore au moyen du toucher rectal.

La cystite des calculeux est celle qui ressemble le plus à la cystite tuberculeuse. On y trouve en effet les mêmes symptômes : hématuries, douleurs, envies fréquentes d'uriner ; mais, si l'on interroge avec soin le malade, on verra que tout cela est dû à un excès de marche et de fatigue, et que tout disparaît avec le repos. Nous savons que, dans la cystite tuberculeuse, les choses se passent autrement ; la fatigue n'entre jamais en cause dans la production de ces phénomènes et le repos ne les fait pas disparaître ; les envies d'uriner, au contraire, se produisent plus fréquemment la nuit que le jour. Si l'on introduit une sonde dans la vessie, on sentira bien dans les deux cas au, niveau du bas-fond, une induration ; mais le calcul donnera en plus la sensation d'un choc et d'un corps mobile, qu'on ne trouvera pas dans la cystite tuberculeuse.

Le cancer de la vessie se reconnaîtra aux douleurs lancinantes qui

le caractérisent ; on se rappellera aussi qu'il ne se produit qu'aux deux âges extrêmes de la vie.

Les caractères de l'urine sont le plus précieux moyen de diagnostic entre les néphrites et les cystites suppurées et les tuberculeuses.

PRONOSTIC

La pronostic de la tuberculose urinaire est excessivement grave. La plupart des malades succombent. Chez les uns, les lésions se cantonnent dans les organes où elles se sont d'abord déclarées : reins ou vessie; et alors, ou la fonction de l'organe est supprimée et le malade meurt d'urémie; ou, la fonction de l'organe étant conservée, des suppurations continuelles s'établissent, et le malade meurt de consomption, de phthisie urinaire.

Quand le poumon est lésé primitivement ou en même temps que les organes urinaires, la lésion de ceux-ci devient pour ainsi dire accessoire, et le malade meurt la plupart du temps de phthisie pulmonaire.

Dans certains cas encore, les lésions des reins et de la vessie marchent un certain temps seules, quand tout à coup se déclare une granulie, et le malade est emporté.

On le voit donc, le pronostic est excessivement grave.

Est-ce à dire que dans tous les cas il soit fatal? Evidemment, non. La phthisie pulmonaire guérit bien quelquefois. Les lésions étant les mêmes, nous ne voyons pas pourquoi ce qui se passe dans le poumon ne se passerait pas également dans les autres organes.

Deux auteurs ont trouvé, à certaines autopsies, des cicatrices rénales ou vésicales d'apparence ancienne, et ils les ont rapprochées immédiatement de certaines cicatrices pulmonaires dont personne ne songe à nier la nature. Ce qui arrive dans le poumon ne peut-il pas également arriver dans le rein ou la vessie ?

Mais, hâtons-nous de le dire, ces cas sont excessivement rares.

TRAITEMENT

Le traitement de la tuberculose urinaire ne présente rien de particulier. On aura plus souvent à enregistrer des insuccès que des guérisons. Nous aurons à combattre l'état général, la diathèse et l'état local des lésions urinaires.

Pour ce qui est de l'état général, on prescrira une alimentation et une médication toniques : viandes, vins généreux, quinquina, fer, huile de foie de morue. Une hygiène sévère sera d'une grande utilité, dans la plupart des cas.

Les lésions locales seront combattues soit par un traitement chirurgical, soit par un traitement médical. Les instillations de nitrate d'argent, qui, dans les cystites de toute autre nature, donnent d'excellents résultats, seront ici de peu d'utilité. M. Tédenat, cependant, a deux fois obtenu, au moyen de ce traitement, une amélioration notable.

On devra proscrire les séances répétées de cathétérisme, qui sont très-douloureuses et qui, par l'irritation qu'elles produisent sur les parties explorées, ne peuvent qu'activer le développement des tubercules.

C'est donc au traitement médical qu'on doit avoir recours toutes les fois. Ce traitement s'adressera aux lésions des reins et aux lésions de la vessie. Contre la néphrite, on prescrira le tannin, le seigle ergoté. Le régime lacté rendra les plus grands services. On devra éviter tout ce qui pourrait susciter un surcroît de travail de la glande, y produire une congestion favorable au développement des tubercules.

La cystite sera combattue par les balsamiques à l'intérieur et les antiphlogistiques à l'extérieur. Les envies d'uriner et la douleur seront combattues par les lavements laudanisés, les suppositoires bella-

donés et les injections de morphine. Les bains de siége chauds auront aussi une action plus passagère peut-être, mais très-efficace.

Observation Ire

Infiltration considérable des organes urinaires : rein, uretère gauche, vessie altérée (poumons, tubercules crus). — Extraite des *Bulletins de la Société anatomique,* 1871 ; M. Dufour.

Un enfant de sept ans était entré, le 6 décembre 1850, à l'hôpital des Enfants malades, présentant comme accidents principaux une polyurie et une polydipsie dont l'analyse de l'urine ne rendit pas compte. Aucun signe local ne confirmait l'existence d'une phthisie, que faisait soupçonner, pendant le mois de décembre, l'amaigrissement graduel de l'enfant. Vers le 15 janvier, les signes de la maladie deviennent évidents; au commencement de février, l'auscultation révélait déjà un ramollissement d'une partie des tubercules. Mort le 12 février.

Autopsie. — Les poumons présentent un grand nombre de tubercules, la plupart grisâtres, demi-transparents; quelques-uns commencent à se ramollir. Rares tubercules sur la plèvre pariétale gauche; tubercules des ganglions bronchiques. Plusieurs petites masses tuberculeuses grisâtres, demi-transparentes, dans la rate.

Le rein droit est sain; le rein gauche est parsemé de tubercules, soit infiltrés, soit en forme de cavernes ; il en offre même sous forme de granulations dans son parenchyme. La muqueuse qui recouvre les calices se retrouve au-dessous du dépôt étranger.

Tout l'uretère est dilaté et parsemé de tubercules siégeant dans l'épaisseur de la muqueuse et se présentant en taches jaunâtres ; ils sont si abondants que l'uretère a pris la forme d'un conduit tuberculeux à parois solides, toujours béantes. De petits tubercules jaunes existent à la face interne de la vessie, dont la muqueuse est ulcérée

par places, laissant à nu la tunique musculaire, d'un gris verdâtre. La muqueuse est complétement épaissie dans toute l'étendue de l'appareil urinaire malade.

Les lésions, plus avancées dans le rein et l'uretère que dans la vessie, semblent indiquer que la maladie a d'abord débuté par les premiers organes et s'est ensuite propagée à ce dernier.

Ce qui nous intéresse surtout dans cette observation, c'est le symptôme polyurie, que peu d'auteurs ont remarqué et qui cependant se produit souvent, d'après M. Tapret, et a une grande importance au point de vue du diagnostic.

La polydipsie n'est citée par aucun auteur comme pouvant se produire dans le cours d'une tuberculose des voies urinaires.

Observation II

Néphrite tuberculeuse aiguë, survenue pendant une tuberculose pulmonaire à la deuxième période. (Léon Colin, *Études cliniques de médecine militaire.*)

Warpot, fusilier au 45e de ligne, âgé de vingt ans, entré le 22 novembre 1862, salle 27, n° 28, hôpital du Val-de-Grâce.

Ce malade offre tous les signes habituels d'une phthisie pulmonaire à la deuxième période : toux depuis plusieurs mois, quelques hémoptysies, et, à l'exploration physique, submatité avec craquements humides, à timbre un peu métallique, limités à la fosse sus-épineuse droite. Du reste, peu d'amaigrissement, peu d'adynamie ; le malade, en convalescence à Paris, avait pu exercer une profession assez fatigante.

Son entrée à l'hôpital a pour motif une violente douleur lombaire, qui, la veille, a éclaté brusquement, accompagnée d'un frisson intense.

Actuellement, 23 novembre, cette douleur arrache des cris au malade ; il ne peut ni s'asseoir dans son lit, ni fléchir les cuisses sur le

bassin, et tous les muscles postérieurs du dos sont volontairement contracturés, pour maintenir la région dorso-lombaire dans la plus complète immobilité ; au premier abord, on croirait à un tétanos.

Cette douleur, si vive, devient intolérable si l'on veut exercer la pression antéro-postérieure, conseillée pour déterminer le siége des affections rénales; il n'y a pas à penser à la percussion, si généralement inutile du reste, quoi qu'on en ait dit en pareille matière, et, dans le cas actuel, incomparablement inférieure au moyen précédent.

Les testicules ne sont ni douloureux, ni rétractés.

Le matin même, il y a eu des vomissements.

L'urine est examinée avec soin; elle est rare, dense, acide, colorée offre, en un mot, tous les caractères de l'urine fébrile au plus haut degré. La peau est chaude ; le pouls à 120. Complète inappétence ; soif vive.

L'examen du thorax révèle les signes mentionnés plus haut.

Devant tous ces symptômes, il faut bien admettre une néphrite, et, en raison de l'état des poumons, on écrit au diagnostic : Néphrite tuberculeuse.

Traitement. — Ventouses scarifiées, potion opiacée.

Le 24. — Persistance de la douleur de la fièvre ; grande agitation la nuit, sans délire. Un peu d'orthopnée ; quelques râles sibilants des deux côtés ; léger ballonnement du ventre. Constipation. 15 décigr. de calomel ; lavement huileux. Potion opiacée.

Le 25. — Délire nocturne ; miction involontaire. Pouls ralenti ; persistance de la température (40°5). Vésicatoire aux cuisses.

Le 26. — Somnolence; pupilles dilatées ; réponses lentes. Pouls à 58. On ne peut douter de l'invasion d'une méningite. La respiration est lente, couverte de râles sonores et muqueux à grosses bulles. Le malade répond à peine et avec indifférence à toutes les questions.

Le 27. — Coma, trismus.

Mort, le 29, après quelques alternatives de coma et de délire.

Autopsie. — *Thorax.* Adhérences cellulo-fibreuses anciennes des

lobes supérieurs des deux poumons. Le sommet droit présente trois petites masses tuberculeuses du volume d'un pois, enkystées, ramollies; il en existe une autre, un peu plus grosse, au sommet gauche. Le reste du parenchyme paraîtrait sain à la vue, si le doigt n'y rencontrait à chaque coupe une myriade de granulations très-dures, transparentes, que l'œil reconnaît alors.

Abdomen.—Le péritoine, les intestins, le foie, sont sains. La rate, légèrement hypertrophiée, présente des granulations grises très-petites, s'énucléant facilement.

Voies génito-urinaires.—Vessie et uretères parfaitement sains. Les reins sont notablement augmentés de volume; ce développement porte sur l'ensemble des deux organes, qui ne sont nullement déformés : le gauche pèse 195 gr., le droit 170 gr.

Leur capsule fibreuse s'enlève facilement, et l'on découvre alors à la surface de chacun d'eux une trentaine de granulations jaunes, grosses comme des têtes d'épingle, s'énucléant facilement, et régulièrement disséminées sans faire aucune saillie appréciable, soit à l'œil nu, soit au doigt. Chose remarquable, au bord convexe de chaque rein, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, existent en parfaite symétrie deux plaques blanchâtres du diamètre d'une pièce de 2 fr., constituées par l'agrégation d'un grand nombre de granulations identiques avec les précédentes, mais entre lesquelles la substance de l'organe est blanchâtre, anémiée.

De nombreuses coupes sont pratiquées du hile aux divers points de la périphérie, et chacune de ces coupes fait découvrir une vingtaine de granulations disséminées dans le parenchyme, la plupart dans la substance corticale, quelques-unes cependant dans le mamelon : les plus grosses atteignent 2 millimètres et demi de diamètre; les plus petites n'ont pas moins de 1 millimètre.

Rien absolument, ni à la surface, ni dans l'épaisseur, ni au-dessous de la muqueuse du bassinet et des calices. Les testicules, les vésicules séminales et la prostate sont intacts.

Crâne. — Aucune granulation dans l'encéphale, la moelle et les méninges, signes de méningite.

Nous croyons intéressant de rapporter ici les réflexions de M. Colin sur cette observation. En résumé, deux grandes périodes dans cette affection : 1° phthisie pulmonaire chronique, assez étroitement limitée aux deux sommets ; 2° poussée tuberculeuse aiguë débutant par les reins, envahissant en quelques jours les poumons, la rate, tuant par la méningite, qui a fermé la scène. Le volume des granulations rénales, dix fois plus grosses que celles du poumon et de la rate, prouvait anatomiquement leur antériorité sur celles-ci, et, en effet, la bronchite généralisée n'était survenue qu'après les symptômes de néphrite.

Chez ce malade, l'affection rénale a pris une haute valeur, non-seulement comme marquant le premier pas de la généralisation tuberculeuse, mais comme ayant, jusqu'à la veille de la mort, dominé la scène par un ensemble de symptômes d'une extrême acuité : fait rare dans la tuberculisation des reins, dont l'évolution est presque toujours latente et complétement secondaire, lorsqu'il n'y a pas altération simultanée des calices, des bassinets, des uretères ou de la vessie.

Observation III (personnelle)

Joséphine Roussalés, âgée de vingt-cinq ans, entre, le 14 avril 1884, à l'hôpital St-Eloi, dans le service de M. Tédenat.

Elle exerce la profession de ménagère et est mariée depuis quatre ans. Elle a deux enfants. Après son premier accouchement, survint une hémorrhagie considérable.

Son père est mort, à l'âge de quarante-cinq ans, d'une attaque d'apoplexie. Sa mère se porte bien, ainsi que ses frères et ses sœurs.

Antécédents personnels : elle perdit l'œil droit à l'âge d'un mois. Dans son enfance, elle paraît avoir eu des engorgements scrofuleux du côté du cou. Elle fut réglée à quinze ans. Les menstrues, très-rouges

au début, sont maintenant décolorées. A l'âge de douze ans, elle fit une maladie qu'elle désigne sous le nom d'épuisement. Quelque temps après, elle fut soignée à plusieurs reprises pour une bronchite.

Maladie actuelle. — Il y a neuf mois environ que la maladie actuelle a débuté par une douleur à la fin de la miction. Malgré cela, la malade était très-bien réglée. Depuis cinq mois environ, elle a des mictions très-nombreuses, la nuit surtout. Elle éprouve une sensation de brûlure interne, au niveau du col de la vessie. Le traitement qu'elle a suivi consiste en : eau de goudron, tisane de bourgeons de sapin, lait, bicarbonate de soude et injections vaginales. Ce traitement n'a amené aucune modification. La malade avait remarqué que ses urines devenaient purulentes et prenaient à certains moments une couleur rougeâtre, due probablement à de l'hématurie.

Actuellement elle urine de vingt à vingt-cinq fois, la nuit plus souvent que le jour. Elle expulse peu d'urine à la fois; cependant, à la fin de la journée, la quantité excrétée est supérieure à la normale. Elle est généralement constipée, et les selles sont douloureuses.

L'urine laisse au fond du vase un dépôt muco-purulent.

A l'auscultation on entend quelques râles de bronchite aux deux sommets.

La malade a peu d'appétit; il lui est prescrit: tisane d'*uva ursi* avec houblon et bicarbonate.

17 avril. — Mictions fréquentes, quinze fois. M. Tédenat examine avec un speculum et une lampe le canal de l'urèthre, et constate sur sa muqueuse quelques granulations. Pour détruire la contracture qui paraît se produire au moment de la miction, M. Tédenat introduit le petit doigt d'abord, puis l'index, dans le canal de l'urèthre, et procède à une dilatation forcée. Il s'écoule un peu de sang. Il est fait dans l'urèthre une injection d'une solution borique et une instillation au nitrate d'argent.

18.— 17 mictions très-douloureuses et un peu sanguinolentes. Pas de selle. 30 gr. huile de ricin.

19.— Urines sanguinolentes avec dépôt purulent. 17 mictions, tou-

jours douloureuses. L'analyse de l'urine fait constater la présence de l'albumine.

20.— 17 mictions. Instillation au nitrate d'argent, solut. 1/35.

Du 21 au 26, le nombre des mictions oscille de 20 à 27.

27.— Nouvelle instillation.

30.— 25 mictions moins douloureuses. Il est institué le régime lacté. Albuminurie.

10 mai.— Depuis une dizaine de jours, la malade urine de quinze à vingt fois dans les vingt-quatre heures, sans douleur aucune.

Régime lacté, tisane d'*uva ursi*, dix gouttes de liqueur de Fowler. Bains de siége.

15.— Sans cause appréciable il se produit des hématuries très-abondantes, avec caillots. Il est prescrit de l'ergotine.

18. — Les hématuries continuent. Il se déclare le soir de la fièvre, qui fait croire à M. Tédenat que la tuberculisation à laquelle il avait songé dès les premiers jours existe en réalité. Affaiblissement progressif.

20. — L'hématurie a cessé. La fièvre continue, malgré l'emploi du sulfate de quinine et de la digitale.

25. — Même état, accroissement de la fièvre.

10 juin. — Hématurie. Mictions très-fréquentes (quarante à cinquante fois) et indolores.

20. — Aggravation. Albuminurie abondante. Fièvre le soir, sans sueurs la nuit et sans frissons.

La fièvre continue, et la malade s'affaiblit de plus en plus.

Elle meurt le 6 juillet, sans avoir présenté autre chose qu'une aggravation des symptômes que nous avons mentionnés.

Autopsie. — *Poumons.* — A l'autopsie, on trouve du côté des poumons quelques amas tuberculeux peu considérables, localisés aux deux sommets et plus abondants à gauche. De ce côté, on trouve deux petites cavernes.

Rien du côté de la plèvre; elle ne présente aucune adhérence.

Le foie, d'un volume à peu près normal, a une couleur jaune et une consistance friable.

Reins. — Le rein droit a à peu près le volume normal. Il présente une apparence bosselée ; sa capsule n'est pas adhérente. Les bosselures offrent au toucher la sensation de fluctuation ; elles sont plus nombreuses à la partie supérieure qu'à la partie inférieure.

Elles ont à peu près le volume d'une grosse noix.

A l'incision, il s'écoule une quantité considérable de pus. L'extrémité supérieure a l'apparence d'un sommet de poumon avec tubercules et cavernes ; ces cavernes, remplies de pus, ont leur paroi tapissée de substance caséeuse. Dans tout le parenchyme rénal, sont disséminées quelques granulations à des périodes différentes.

Le rein gauche, plus volumineux que le droit, présente aussi des bosselures en plus grand nombre et disséminées sur toute sa surface. Ces bosselures donnent au rein l'apparence d'un rein kystique ; on y trouve un pus grumeleux, mélangé de substance caséeuse.

Vessie. — La vessie présente des parois épaisses ; la muqueuse est infiltrée d'un nombre considérable de granulations. Au milieu de ces granulations, on aperçoit quelques ulcérations peu nombreuses.

L'utérus est petit, mais ne présente pas de traces de tubercules ; il en est de même pour les ovaires.

Nous avons trouvé chez cette malade le tableau complet des symptômes : envies d'uriner fréquentes et douloureuses, hématurie et polyurie. La polyurie, quoique peu considérable, a cependant eu lieu. Nous avons eu en outre de l'albuminurie.

Ce symptôme a été très-peu remarqué par les auteurs. M. Tédenat, dans une clinique du mois d'avril 1884, nous disait l'avoir observé deux fois sur trois cas de tuberculisation des organes urinaires chez la femme.

Ce symptôme, se présentant en même temps que des symptômes de cystite, fera certainement supposer une lésion rénale.

La terminaison s'est produite un an après le début des accidents.

Nous parlerons encore de trois cas que nous cita M. Tédenat, et dans lesquels l'autopsie avait été faite trois mois, sept mois, dix-neuf mois après le début des accidents. Ces cas ne sont pas assez nombreux pour que nous nous hasardions à en tirer une conclusion.

CONCLUSIONS

Arrivé à la fin de cette étude, nous croyons pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° La tuberculose des organes urinaires est de même nature que la tuberculose pulmonaire. Elles sont toutes deux des manifestations d'une même diathèse.

2° La diathèse tuberculeuse peut se manifester primitivement dans les organes urinaires et y rester cantonnée. Elle peut aussi s'étendre aux autres organes, et réciproquement étendre ses manifestations d'un organe quelconque aux organes urinaires.

3° Que la tuberculose soit primitive ou secondaire, le diagnostic pourra dans beaucoup de cas être fait d'une façon exacte.

4° Le traitement devra s'adresser à l'état général et aux lésions locales. Dans celles-ci, le traitement chirurgical devra être essayé, mais vite abandonné s'il ne produit pas d'amélioration sensible.

Vu :
Le Président censeur,
JAUMES.

Vu et bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

QUESTIONS DE THÈSE

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842)

Chimie médicale et Pharmacie

Les Matières albuminoïdes solubles dans l'eau. Dosage de l'albumine dans l'urine.

Physique médicale

Théorie et application des appareils thermo-électriques.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Structure et fonctions du chevelu des racines.

Anatomie

Origine et distribution des arcades artérielles palmaires.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la Structure du cristallin.

Physiologie

De la Lymphe et de ses fonctions.

Pathologie médicale ou interne

L'anémie et la chlorose sont-elles deux états morbides distincts?

Pathologie chirurgicale ou externe

De la Hernie crurale.

Thérapeutique et Matière médicale

Des Préparations antimoniales.

Opérations et Appareils

Du Traitement de l'inversion utérine.

Médecine légale et Toxicologie

De la Superfétation.

Hygiène

Les Yeux des enfants dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

Du Siége de la fécondation dans l'espèce humaine.

Clinique interne

Des Pneumonies latentes ; comment parvient-on à les découvrir ?

Clinique externe

Du Traitement de l'anévrysme artérioso-veineux.

Clinique des maladies mentales et nerveuses

Comparer la manie et la démence.

Titre de la Thèse à soutenir

Etude sur la tuberculose des organes urinaires.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!